

特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

訪問看護指示期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日) ※有効期限最大14日間
点滴注射指示期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日) ※有効期限最大 7日間

※該当する指示書を○で囲むこと

患者氏名				生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	(歳)
症状・主訴									
褥瘡の深さ	★NPUAP分類:	Ⅲ	Ⅳ	☆DESIGN分類:	D3	D4	D5		
留意事項及び指示事項 (注:点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載してください。)									
※薬剤アレルギー: 無 ・ 有()									
点滴注射指示内容(投与薬剤・投与量・投与方法等)									
緊急時の連絡先等(かかりつけ医の携帯番号等)									

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX .)
医 師 氏 名

印

タツミ訪問看護ステーション

殿

★褥瘡の深さの分類 NPUAP(ステージⅢ):全組織欠損。皮下脂肪は確認できるが、骨、腱、筋肉は露出していないことがある。
★褥瘡の深さの分類 NPUAP(ステージⅣ):骨、腱、筋肉の露出を伴う全組織欠損。
☆褥瘡の深さの分類 D3:皮下組織までの損傷 D4:皮下組織を超える損傷 D5:関節腔、体腔に至る損傷または、深さ判定が不能の場合